UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 71

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DES PÉDICULES

DES KYSTES DE L'OVAIRE

(PATHOGÉNIE ET DIAGNOSTIC)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Juillet 1911

PAR

Louis ARNAUD

Né à Marseille, le 12 février 1886

Externe des Hôpitaux de Marseille (1907-1908)
Interne de l'Hôpital du Prince de Monaco (1909)
Interne de l'Hôpital civil d'Oran (1910)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse — TÉDENAT, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Prof.-adj. } *Assesseurs*
SOUBEYRAN, Agrégé }
EUZIÈRE, Agrégé

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DES PÉDICULES

DES KYSTES DE L'OVAIRE

(PATHOGÉNIE ET DIAGNOSTIC)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 71

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DES PÉDICULES

DES KYSTES DE L'OVAIRE

(PATHOGÉNIE ET DIAGNOSTIC)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Juillet 1911

ACAD. LUGDUNAT. BIBL.

PAR

Louis ARNAUD

Né à Marseille, le 12 février 1886

Externe des Hôpitaux de Marseille (1907-1908)

Interne de l'Hôpital du Prince de Monaco (1909)

Interne de l'Hôpital civil d'Oran (1910)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse (*Assesseurs*)

TÉDENAT, Professeur, *Président*.

DE ROUVILLE, Prof.-adj.

SOUBEYRAN, Agrégé

EUZIÈRE, Agrégé

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. libre, ch. de c.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *prof.-adj.*	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

L. ARNAUD.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELANGLADE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

L. ARNAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

L. ARNAUD.

Avant de terminer nos études médicales, c'est pour nous un devoir extrêmement agréable de remercier nos Maîtres.

C'est d'abord M. le docteur François, médecin des hôpitaux de Marseille, qui nous a toujours entouré de conseils précieux et à qui nous aurons volontiers recours à l'avenir.

Ce sont ensuite tous ceux qui, tant à l'Ecole de médecine que dans les hôpitaux, nous donnèrent avec expérience et empressement la base même de notre éducation clinique, MM. les professeurs Alezais, Delanglade, Perrin, Silhol, Oddo, Boinet ; MM. les docteurs Aubert, Billon, Poucel.

A Monaco, pendant notre période d'internat (1909), nous avons eu en la personne de M. le docteur Caillaud, un jeune maître dont nous pûmes maintes fois apprécier les qualités de clinicien et d'opérateur. C'est à lui que nous devons en grande partie notre éducation chirurgicale et nous ne saurions trop l'en remercier.

A l'hôpital civil d'Oran (Algérie), où nous avons

accompli un autre stage d'interne (1910), nous nous sommes exercé à affirmer notre diagnostic sous la direction de MM. les docteurs Abadie, Solal, Gasser, Jasseron : nous avons contracté envers eux une dette de reconnaissance.

Nous n'aurions garde d'oublier le Dispensaire des Enfants Malades, où nous avons reçu de MM. les professeurs Delanglade, Perrin et Silhol d'excellentes leçons de pratique médicale infantile.

Enfin tous nos remerciements pour MM. les professeurs de la Faculté de médecine de Montpellier qui nous ont toujours reçu avec bonté dans leurs services de clinique.

Nous sommes très reconnaissant à M. le professeur Tédenat de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous devons aussi une grande reconnaissance à M. le professeur agrégé Soubeyran qui a bien voulu nous en fournir les éléments.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DES PÉDICULES

DES KYSTES DE L'OVAIRE

(Pathogénie et Diagnostic)

INTRODUCTION

Pendant un stage que nous avons fait comme externe en 1908 dans le service de M. le professeur Delanglade, à Marseille, nous avions été frappé par le cas cité dans notre observation III.

Les difficultés du diagnostic, les complications graves possibles avaient attiré notre attention non moins que les causes et le mécanisme.

Aussi c'est avec empressement que nous reçûmes de M. le professeur Soubeyran deux autres observations.

Nous n'avons pas l'intention de refaire l'étude entière de la question qui est actuellement bien connue; mais seulement d'insister sur les questions de la pathogénie

et du diagnostic, après avoir brièvement rappelé les notions classiques.

Nous ferons ressortir surtout combien plus fréquente est la torsion dans les kystes à contenu lourd, nous donnerons quelques indications sur le diagnostic et nous montrerons combien un traitement hâtif influe sur la gravité du pronostic.

Les premières études remontent aux années 1840-60-65 ; elles sont dues à Rokitansky. Lawson Tait en 1880 reprit ces travaux ; ses recherches précèdent celles que Spencer Wells mentionne dans son Traité des maladies des ovaires. Parizot, en 1885 dans sa thèse résume l'état de la question. Terrillon en 1889 dans une excellente leçon à laquelle nous avons emprunté largement, remet la torsion du pédicule à l'ordre du jour.

Signalons en 1890 la thèse de Mouls, en 1898 celle de Baron, en 1902 celle de Cognerai. Cette même année 1902, la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* publie un article de Lœwy et de Guéniot sur la torsion des kystes dermoïdes en particulier, montrant combien elle est plus fréquente.

Notons en 1904 dans le *Montpellier Médical* une revue complète de la question par M. le professeur Estor.

La thèse de Paris de Sanson (1905) nous fournit encore des données intéressantes.

Dans les *Annales de Gynécologie* nous trouvons constamment des observations nouvelles, citons celles de Chaput, Albertin, Lorrain, Legueu, Morestin.

Enfin, notons pour terminer la thèse de Goldschmann (1909) sur la torsion des tumeurs de l'ovaire.

Nous consacrerons le premier chapitre à la recherche des causes de la torsion et aux troubles anatomiques qui en résultent.

Dans le deuxième nous insisterons sur la pathogénie.

La question des signes cliniques et du diagnostic fera l'objet du troisième.

Enfin dans le dernier nous montrerons combien les dangers de complications graves demandent une conduite rapide.

CHAPITRE PREMIER

Nombreuses sont les causes de torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.

Le petit volume de la tumeur est une condition favorable pour la rotation axile; on admet encore comme causes prédisposantes : la longueur du pédicule, sa forme arrondie, l'absence d'adhérences du kyste. On a fait observer qu'il y avait souvent production d'adhérences lâches d'un côté, et que plus tard il se faisait une torsion dans le sens opposé.

Pour d'autres, l'accroissement inégal de certains kystes multiloculaires amène un changement dans le centre de gravité de la tumeur et facilite la torsion.

La nature du kyste de l'ovaire ne paraissait avoir, pour la plupart des chirurgiens, aucune influence sur la torsion. « Elle est survenue avec des tumeurs de toute espèce, volumineuses, petites, lisses, globulaires, multikystiques, irrégulières, ovariennes, parovariennes,

dermoïdes, enfin avec des tumeurs solides. » (Lawson Tait) (1).

Toutefois, Rokistansky et Olshausen (2) admettent que, proportion gardée, les kystes dermoïdes fournissent le plus de cas de torsion du pédicule. C'est ce que les statistiques tendent à prouver ; nous trouvons pour les kystes mucoïdes les proportions suivantes :

Rokitansky	58 cas	8 torsions	12 %
Olshausen	322 cas	21 torsions	6,5 %
Terrillon	150 cas	9 torsions	6,5 %

C'est à ce dernier chiffre que Mouls se rallie dans sa thèse.

Comparons à ces chiffres la statistique que Lœwy et Guéniot ont publiée en février 1902, dans la *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale* ; nous voyons que le pourcentage est supérieur à 10, et qu'il atteint même 17 % dans les cas de bilatéralité.

Machard cite dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (1901, n° 10) l'observation d'une fillette de 14 ans, non réglée, qui présentait les signes cliniques que nous décrirons plus loin : début brusque, etc... ; il fit le diagnostic d'occlusion intestinale. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit. Machard conclut qu'on ne pourrait incriminer la longueur du pédicule, le volume de la tumeur, la grossesse ou la menstruation ; mais il lui semble plutôt que la torsion doit être en rapport avec le poids du kyste.

---

(1) L. Tait. — Traité des maladies des ovaires.

(2) Olshausen. — Tumeurs des ovaires.

C'est à cette même cause que se rallie Legueu au sujet de l'observation communiquée par lui à la Société d'obstétrique, gynécologie et pédiâtrie, le 22 avril 1901.

C'est aussi ce que dit Soubeyran dans le *Montpellier Médical* (1911, n° 17) : « Les kystes dermoïdes sont plus exposés, malgré leur petit volume, à la torsion, et cela à cause de leur poids qui est plus considérable. »

Le poids semble donc influer d'une manière sensible sur la torsion.

D'ailleurs les observations des kystes mucoïdes confirment cette opinion ; on trouve la plupart du temps cette remarque : le contenu était sensiblement plus lourd que pour les kystes sans torsion.

A côté de ces éléments dépendant de la tumeur qui favorisent la torsion, il y en a d'autres qui proviennent des organes voisins ou de l'extérieur, citons : la coèxistence d'une tumeur abdominale, fibrome, d'une grossesse ; dans ce dernier cas, comment se passent les choses ? L'utérus en augmentant de volume repousse le kyste, son pédicule s'étire, s'allonge et souvent s'infléchit : un degré de plus et la rotation survient. Mais les accidents les plus fréquents se passent au moment du travail, surtout lorsque la tumeur occupe le petit bassin : la partie fœtale de la présentation s'engage dans l'excavation, et, poussée par les contractions utérines, refoule le kyste dont le pédicule peut se tordre.

La menstruation est aussi incriminée ; Olshausen cite le cas suivant observé chez une femme de 38 ans. « Deux jours avant sa menstruation, douleurs atroces qui obligent la malade au repos. Les règles furent normales et les douleurs diminuèrent sans disparaître complètement. Le mois suivant, apparition des mêmes douleurs qui

s'accompagnent cette fois de fièvre et de vomissements ; puis ces douleurs disparurent presque entièrement sans permettre cependant à la malade de quitter son lit ; bientôt, sueurs nocturnes, diarrhée, la malade tombe dans le marasme et accepte l'intervention qu'on lui proposait. » La tumeur, qui avait rapidement augmenté de volume, était un kyste de l'ovaire à pédicule tordu. La malade guérit.

On peut faire là-dessus les deux hypothèses suivantes : chaque flux menstruel, par suite de la congestion (le kyste existant déjà), produirait une recrudescence de douleurs et pourrait augmenter la rotation ; ou bien la torsion se produirait à chaque époque menstruelle, et le kyste reprendrait sa position normale.

Notons encore l'influence d'un traumatisme, d'un mouvement brusque, et la malade vous racontera qu'elle a éprouvé une sensation de déplacement dans le ventre.

En résumé, les causes de torsion du pédicule sont multiples, mais nous avons seulement voulu en faire remarquer une, le poids de la tumeur.

CHAPITRE II

Comment se produit cette torsion ?

L'ovaire est logé dans la fossette de Krause, dans l'angle formé par les vaisseaux iliaques internes et externes. Si, pour une cause quelconque (comme pour la grossesse dont nous avons déjà parlé), la cavité de l'excavation pelvienne se trouve comblée, la position de l'ovaire est modifiée et son siège devient abdominal ; que se passe-t-il ?

Tout naturellement il continuera (car nous supposons l'ovaire accompagné d'un kyste) à se développer. Mais comme un utérus gravide ou une vessie il ne pourra le faire dans tous les sens.

Du côté de la partie inférieure cela est matériellement impossible, la paroi osseuse du bassin est un obstacle insurmontable. Il ne reste qu'une route à suivre, elle s'ouvre en haut du côté de l'abdomen ; force sera à la tumeur de se diriger de ce côté, mais le développement d'un kyste n'est pas régulier ; le centre de gravité sera en péril, il se déplacera : donc équilibre instable. Et le plus

petit mouvement va être suffisant pour faire dépasser le point mort à la tumeur et amener la torsion.

Cette impulsion naîtra du milieu même où le kyste se trouve placé ; n'est-il pas, en effet, soumis à des pressions, à des mouvements d'organes voisins continuels ?

C'est l'intestin qui se remplit ou qui se vide, pesant de tout son poids au-dessus de la tumeur, c'est son péristaltisme qui viennent favoriser les glissements. La tumeur ne pourra donc qu'évoluer vers la torsion.

Cette torsion pourra être de l'antétorsion ou de la rétrotorsion, et ce fait s'expliquera naturellement suivant que le centre de gravité sera en avant ou en arrière, et suivant qu'il y aura dans ces deux positions des espaces destinés à le recevoir.

Signalons aussi que le plan de circonférence du détroit supérieur, oblique en bas et en avant, est favorable à la torsion, surtout s'il survient un déplacement des organes par le fait d'un mouvement violent ou par suite du relâchement de la sangle abdominale.

Il est évident que le poli des surfaces séreuses en contact sera encore un appoint en faveur de la rotation de la tumeur, car son frottement très faible ne diminuera pas la vitesse acquise de la tumeur tournant autour de son pédicule.

Cette séduisante théorie due à Cathelin nous permet très bien d'expliquer comment les faits se passent avec les kystes dermoïdes, et plus généralement avec les kystes lourds. La tumeur devenant abdominale, il suffira d'un très petit déplacement (cause : traumatisme, mouvement brusque, exploration imprudente) pour modifier la position du centre de gravité de la tumeur et amener la torsion ; et ce déplacement sera d'autant plus petit que le kyste sera plus lourd, c'est

ce qui explique la fréquence de la torsion du pédicule des kystes dermoïdes.

Le nombre de tours de torsion est variable.

Dans une observation, Legueu donne un demi-tour, Hartmann un tour, Sanson dans sa thèse cite cinq à six tours.

Il n'y a pas de règle pour le sens de la torsion qui est indifférent.

La torsion du pédicule n'amène-t-elle des modifications dans la structure de la tumeur ?

Lorsque l'étranglement du pédicule est le résultat d'une torsion brusque et exagérée, il se produit dans les tissus constituant la tumeur des complications graves.

Le sphacèle du pédicule et des parois est à redouter. De l'oblitération des vaisseaux résultera un manque de nutrition des tissus plus ou moins total, et mortification.

Les veines sont les premières oblitérées à cause de leurs minces parois ; il en résultera une augmentation considérable de la tension vasculaire, et dès lors, si la paroi des vaisseaux se rompt, nous aurons des hémorragies graves dans le kyste, dans sa paroi, ou dans l'abdomen. Le pédicule pourra être infiltré et atteint de nécrose hémorragique ; et plus tard le kyste peut épancher son contenu dans le péritoine, ou bien se détacher pour aller flotter librement dans la cavité abdominale, le pédicule étant rompu.

Le liquide peut lui aussi subir des transformations par le fait de la torsion. Si nous admettons que le contenu avant la torsion était liquide ou séreux, nous pourrons après cet accident trouver trois autres aspects :

le contenu peut être légèrement teinté, ou bien roussâtre, ou encore franchement hémorragique.

Mais que la torsion soit brusque et très marquée, ou simplement ébauchée, la sensibilité du péritoine est fortement émue et devient cause de perturbation généralement pour le système nerveux sympathique ; c'est pourquoi nous allons trouver, à cause de signes cliniques subjectifs, d'autres troubles réflexes qui concourent, unis aux précédents, à égarer le diagnostic.

CHAPITRE III

La torsion du pédicule des kystes de l'ovaire peut se réaliser de deux façons : brusquement ou lentement, et à chacune de ces modalités correspondent des signes cliniques différents.

Dans le premier cas, c'est une torsion avec étranglement serré et thrombose complète des vaisseaux. Le début est solennel et les symptômes violents ; dans le second, on note des crises douloureuses successives dues à la rotation et l'étranglement graduel.

Torsion brusque

Tout à coup, sans cause tout au moins appréciable, sensation dans le bas-ventre de déplacement, de déchirement interne accompagné immédiatement d'une douleur violente, syncopale. Cette douleur, localisée d'abord dans une fosse iliaque, s'irradie dans la région lombaire.

descend dans la cuisse correspondante et se généralise à tout l'abdomen ; alors, vomissements aqueux, bilieux, quelquefois fécaloïdes, sans que l'intestin ait été pincé dans la torsion. La respiration est accélérée, courte, anxieuse. Le pouls est fréquent, petit, filiforme, sans qu'il y ait de la fièvre : la discordance du pouls et de la température est donc frappante.

Chez certaines femmes on a noté des métrorragies. Hartmann (1900) nous en signale plusieurs chez la même malade, mais il ne les croit pas en rapport avec la torsion du pédicule.

La constipation est presque la règle et nous voyons fréquemment signalée l'absence de matières et de gaz. Comme nous le verrons plus loin, il faudra nous méfier de la présence de ce symptôme et savoir lui attribuer sa valeur réelle pour ne pas tomber sur l'écueil que Delbet lui-même n'a pu éviter : l'occlusion intestinale.

Si nous passons à l'étude des signes physiques, nous trouvons d'abord à l'inspection le ventre ballonné.

La palpation est le plus souvent douloureuse. Sanson dans sa thèse nous cite une malade qui dut être examinée sous chloroforme. Cathelin nous cite, à ce sujet, une distinction importante : « En effet, dit-il, ou cette tumeur était déjà connue, ou elle apparaît pour la première fois. Dans le premier cas, on sera frappé de l'augmentation de son volume depuis le dernier examen, c'est qu'à chaque tour nouveau de torsion, il y a congestion plus grande. »

Ces tumeurs sont abdominales, surplombant le détroit supérieur, et le palper abdominal au-dessus du pubis ou dans les fosses iliaques les fait nettement sentir. Le volume est variable. La consistance est rénitente, la percussion nous donne de la matité : le toucher va nous

compléter cette symptomatologie. La situation du col utérin appréciée ainsi est peu modifiée, on constate que les mouvements imprimés à la tumeur se communiquent aisément au col. De même le palper combiné au toucher, si la douleur le permet, nous fera juger de l'existence de la fluctuation. On rencontrera aussi la tumeur dans les culs-de-sac.

Warnek (St-Pétersbourg) prétend avoir senti par l'abdomen et le vagin le pédicule tordu avec ses tours de spire. Nous répétons avec plusieurs auteurs que « semblable finesse de toucher laisse rêveur » et qu'il ne faut pas compter sur ce signe.

Torsion lente

Les phénomènes diminuent d'intensité et les symptômes d'une péritonite localisée se dessinent. Les adhérences s'établissent entre la tumeur et les organes voisins. Le kyste peut dégénérer, subir une transformation graisseuse ou calcaire, ou bien augmenter de volume. Alors la malade dépérit peu à peu, se cachectise. Olshausen dit même que « l'état général et le teint peuvent faire penser avant l'opération à une tumeur cancéreuse ».

Nous n'insisterons pas davantage sur cette torsion lente, notre but étant surtout de chercher un moyen de diagnostiquer les cas où la violence du début peut égarer les praticiens.

Parfois le médecin est appelé auprès d'une malade qu'il croit atteinte d'une tumeur de l'ovaire et qui présente

les accidents déjà énumérés. Dans ce cas il pourra faire le diagnostic de torsion du pédicule.

Quand le médecin voit pour la première fois (et c'est le cas le plus fréquent) une femme qui se plaint de douleurs très violentes dans le bas-ventre survenues brusquement, qui présente les symptômes de péritonite aiguë, d'hémorragie interne, ce diagnostic sera très difficile, surtout si la malade raconte qu'elle n'a rien éprouvé d'anormal jusque-là, ni constaté d'augmentation graduelle du ventre.

Il faut établir :

1° Qu'il y a un kyste ;

2° Que c'est la torsion du pédicule qui est la cause des accidents.

Nous ne rappellerons pas les signes de diagnostic des kystes de l'ovaire. Mais bien des confusions sont possibles, nous allons en indiquer quelques-unes.

Les coliques appendiculaires peuvent simuler complètement la torsion ; même début brusque avec douleur et réaction péritonéale. Notre observation I indique que l'erreur fut commise comme elle l'avait été par Massabuau (*Montpellier Médical, 1907*) et par Hartmann.

Le diagnostic avec la grossesse extra-utérine rompue est encore beaucoup plus épineux à établir, surtout si la rupture se fait progressivement, car alors les phénomènes généraux d'anémie se font lentement.

L'absence de selles et de gaz fait penser à l'occlusion intestinale. Delbet songea à un étranglement par bride, il en fut de même dans un cas de Gosset. Morestin, en présence d'un kyste ovarien à pédicule tordu pendant la grossesse, trouva en même temps une occlusion intestinale produite par la torsion du kyste ; l'iléon à sa partie terminale était pincé entre le kyste et le psoas aplati,

coudé, fixé par des adhérences de telle manière qu'il y avait là un obstacle absolu à la circulation du contenu intestinal ; le diagnostic était difficile, sinon impossible.

Nous ne parlerons pas de la perforation brusque de l'intestin au-dessus d'un néoplasme, d'un cancer du rectum par exemple, ni de la perforation consécutive à la typhlite, ni de la hernie étranglée, affections qui s'accompagnent d'autres symptômes permettant en général le diagnostic.

Mouls, dans sa thèse, nous donne deux signes qui, s'ils existaient toujours, rendraient les investigations plus faciles :

« On entend, dit-il, un souffle systolique intense au niveau du pédicule et on sent l'ondulation en masse de la tumeur synchrone de la pulsation artérielle. »

Depuis, dans les publications récentes, on paraît avoir oublié la valeur de ces signes qu'il serait bon de rechercher systématiquement.

Nombreuses, on le voit, sont les erreurs possibles dans lesquelles le chirurgien peut parfois se laisser tomber ; mais beaucoup d'entre elles réclamant un traitement identique à celui des pédicules tordus, il ne nous semble pas, en présence de la nécessité de l'intervention, qu'elles puissent causer un réel préjudice aux malades.

CHAPITRE IV

La situation est-elle grave ?

Quelle est la conduite à tenir ?

« Le pronostic des cas non traités est grave, nous dit Cathelin, du fait des lésions salpingiennes et de la torsion elle-même. » Nous pouvons ajouter qu'abandonnés à eux-mêmes, les kystes de l'ovaire tordus sont presque toujours fatalement mortels. La torsion cause des accidents très graves tels qu'hémorragies, gangrène du kyste, rupture de la poche.

I. — Spencer Wells cite deux observations dans lesquelles la torsion du pédicule amena la mort par hémorragies. Dans les deux cas, venant pour opérer les malades, il les trouva mortes. L'autopsie démontra que la mort était due à la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire, qui s'était accompagnée d'une abondante hémorragie intrakystique.

II. — Dans quelques cas, il se produit de la gangrène, qui cause un véritable empoisonnement, et de la

septicémie. La mort survient rapidement si on ne pratique pas l'ovariotomie.

Tait, dans son Traité des maladies des ovaires, cite trois cas de torsion du pédicule avec gangrène du kyste. Deux malades furent opérées et guérirent. Quelque temps après, il pratiqua la laparotomie sur une femme enceinte de quatre mois pour un kyste de l'ovaire compliqué de torsion du pédicule : la tumeur était sphacélée, la malade guérit et sa grossesse arriva à terme.

Barnes rapporte deux observations de gangrène du kyste survenue après la torsion : les deux malades moururent.

III. — La rupture de la poche du kyste se produit parfois et peut se reconnaître à l'effacement subit de la tumeur. Généralement une péritonite aiguë survient après la torsion du pédicule et entraîne la mort.

Nous ne parlerons pas des phénomènes péritonéaux que l'on rencontre dans d'autres occasions, en particulier dans les opérations pratiquées sur les organes génito-urinaires (Thèse de Martin, 1888 ; Accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire).

Telles sont avec leur gravité les principales complications qui assombrissent le pronostic de cette affection chirurgicale, mais il existe aussi une évolution normale qui n'est pas sans danger et dont nous avons déjà dit un mot précédemment. Par suite de la péritonite chronique, la malade dépérit peu à peu, souffre de douleurs par intervalles, et ainsi, tantôt elle peut se lever, tantôt elle est obligée de rester au lit. Certaines femmes prennent un facies terreux et jaunâtre qui peut avant l'opé-

ration, de concert avec l'état général, en imposer pour une tumeur cancéreuse.

Par contre, le pronostic des cas opérés est très favorable. Citons la statistique du docteur Picqué que nous trouvons dans la thèse de Sanson (Paris, 1905).

Trois interventions seulement ont été suivies de mort : la première par hémorragie le lendemain de l'opération, les deux autres d'affections médicales.

Evidemment il faut savoir compter avec des accidents tels que la suppuration si favorable aux péritonites septiques et avec des accidents déjà nommés : poche kystique sphacélée, hémorragie intrapéritonéale. Mais l'opération en elle-même, nous le répétons, est très bénigne ; c'est pourquoi il ne faudra jamais attendre pour pratiquer l'intervention.

La temporisation ne pourrait jamais favoriser que de nouvelles torsions ou amener des complications très sévères : rupture de la poche, etc..... Ces complications ne doivent pas contre-indiquer l'opération, mais la hâter. Les indications sont les mêmes dans les cas de torsion brusque de pédicule survenant pendant la grossesse ou les huit premiers jours après l'accouchement.

Donc, d'après tous ceux qui se sont occupés de cette question et comme il semble ressortir de nos observations, une intervention hâtive paraît indiquée, et les chances de succès seront d'autant plus grandes que l'opération sera plus tôt faite.

Il ne rentre pas dans le plan de cette étude de rechercher quelle sera l'intervention que l'on doit pratiquer.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Obs. de M. le professeur agrégé Soubeyran)

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu

Jeune fille de 22 ans, employée aux Galeries.

Cette personne ne présente aucun antécédent. Elle est prise brusquemennt, le 14 septembre 1906, de douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, accompagnées de coliques et de vomissements.

Elle entre à l'hôpital quatre jours après dans le service de M. le professeur Tédenat qui était assuré à ce moment par M. le professeur agrégé Soubeyran.

Examen. — On sent à droite le ventre dur, tendu et peut-être une certaine fluctuation s'étendant au cul-de-sac vaginal droit. On fait le diagnostic d'appendicite.

Opération. — Laparotomie médiane le 20 septembre 1906. On trouve un kyste de l'ovaire avec un litre et demi à deux litres de liquide trouble, hématique, assez lourd. Le kyste était de l'ovaire gauche mais transporté dans la fosse iliaque droite : le pédicule est deux fois tordu sur lui-même de gauche à droite ; il est violacé, avec des points sombres. Dans la paroi du kyste, infractus hémorragiques. Dans le ventre : caillots sanguins. L'autre ovaire est normal. Ablation aisée. Un seul pansement. Guérison en 21 jours.

Observation II

(Obs. de M. le professeur agrégé Soubeyran communiquée à la Société des sciences médicales de Montpellier. — *Montpellier médical*, 1911, n° 17).

Kystes dermoïdes bilatéraux, tous deux à pédicule tordu et inversement placés.

Femme de 38 ans, ayant eu deux enfants. Le début remonte à dix ans : cette femme se plaignait de temps en temps du ventre qui avait grossi peu à peu.

Le 10 février 1911, elle est prise brusquement de douleurs abdominales violentes, avec vomissements, le ventre est ballonné. On pense à une péritonite.

Examen (2 jours après).— On sent deux tumeurs liquides et fluctuantes, l'une à droite, très grosse, dépassant

l'ombilic, l'autre à gauche, plus petite, occupant la fosse iliaque. L'abdomen est tendu, d'une sensibilité exquise, on fait le diagnostic de kyste tordu.

Laparotomie (le 14 février 1911). — A l'ouverture lésions de péritonite : péritoine rouge avec liquide et exsudat gélatineux, épiploon adhérent en masse au devant des tumeurs : on le décolle.

On aperçoit deux kystes que l'on ponctionne. Il en sort un liquide lourd, jaunâtre, crémeux, coulant mal ; on ne peut arriver à bien évacuer la poche, on la sort et on voit un pédicule épais, tordu deux fois sur lui-même et vers la droite de la malade. La tumeur a le volume de la tête d'un enfant à terme, on fait la ligature et la section du pédicule.

Le deuxième kyste plus gros est évacué, puis enlevé ; le pédicule est violacé, noirâtre, très épais et tordu. Le kyste de l'ovaire droit était à gauche, et vice versa. Ligature. Suture. Guérison.

Pièces. — Ce sont des kystes dermoïdes plus volumineux que d'ordinaire. La longueur du pédicule peut expliquer leur position inverse, mais la torsion est le fait de leur poids plus lourd.

Observation III

(Obs. inédite du service de M. le professeur Delanglade, de Marseille)

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu

Félicie G..., 51 ans, ménagère. Salle Cazaulx, n° 34. Pas d'antécédents.

Entre à l'hôpital le 15 novembre 1908, avec de violentes douleurs abdominales qui avaient débuté brusquement la veille, le pouls est rapide (140), mais régulier et bien frappé ; nausées.

Examen. — Le ventre est ballonné, contracturé, mais on parvient à sentir par la palpation une masse volumineuse siégeant sur la ligne médiane ; matité, fluctuation.

Cette masse existait avant la crise et a grossi notablement depuis l'apparition des phénomènes péritonéaux. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que de tels phénomènes se produisent. Ils s'étaient montrés deux ans auparavant, mais avec moins d'acuité.

Les phénomènes aigus ayant rétrocédé, on trouve les signes classiques des kystes de l'ovaire.

Opération. — Liquide lourd, pédicule tordu. Guérison.

CONCLUSIONS

I. — Tout ce qui peut changer l'état d'équilibre de l'appareil génital (traumatisme, grossesse, menstruation...) peut amener la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire.

II. — Sous un même volume, la torsion est beaucoup plus fréquente pour les kystes les plus lourds et en particulier pour les kystes dermoïdes.

III. — Le diagnostic est difficile surtout si l'on examine une malade pour la première fois. La recherche du souffle systolique au niveau du pédicule, et de l'ondulation en masse de la tumeur synchrone de la pulsation artérielle, doit être systématique.

IV. — Aussitôt le diagnostic posé, l'intervention doit être proposée à la malade, et cela dans tous les cas, et

les chances de succès seront d'autant plus grandes que l'opération sera plus tôt faite.

V. — Si le diagnostic est hésitant, la laparotomie exploratrice doit être tentée.

BIBLIOGRAPHIE

Rokitansky. — Wiener Allem. med. Zeitg, 1860, n° 4.

Spencer Wells. — Maladie des ovaires, 1865.

Lawson Tait. — Edinburgh medical Journal, décembre 1869.

Parizot. — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (Thèse Paris, 1886).

Olshausen. — Tumeurs des ovaires, 1886.

Lawson Tait. — Traité des maladies des ovaires, 1886.

Terrillon. — Leçons de clinique chirurgicale, 1889.

Mouls. — Etude la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (Thèse Paris, 1890).

Lesourd. — Diagnostic des kystes dermoïdes des ovaires (Th. Paris, 1893).

Warnek. — Soc. gyn. et obst. de Saint-Pétersbourg (Ann. gyn. et obst., 1894).

Baron. — Thèse Paris, 1898.

Gosset et Raymond. — Annales de gyn. et d'obst., juillet 1899.

Legueu. — Revue de gyn. et chir. abd., 1899.

— Presse méd., 20 janvier 1902.

Pozzi. — Soc. gyn. obst. péd., 2 mars 1900.

— Revue de gyn. et chir. abd., mars-avril 1900.

Poirier et Cathelin. — Bull. Soc. anat., Paris 1900.

Hartmann. — Soc. obst. gyn. péd. Paris, 1900, rapp. *in* Ann. gyn. et obst., avril 1900.

Cathelin. — Revue de chirurgie, n° 2, février 1901.

— Revue de chirurgie, n° 3, mars 1901.

Machard. — Revue médicale de la Suisse romande, n° 10, 1901.

Legueu. — Société d'obst. gyn., péd., Paris, 22 avril 1901, rapp. *in* Ann. gyn., 1901.

Tessier. — De la torsion pendant la puerpéralité (Thèse Paris, 1902).

Loewy et Guéniot.— Revue de gyn. et chir. abd., n° 2, 1902.

Morestin. — Bulletin de la Société anatomique, octobre 1902, n° 8.

Sikora. — Presse médicale, 1903, n° 69, p. 613.

Estor. — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (Montpellier médical, 1904-1905).

F. Hue (de Rouen). — Kystes dermoïdes des deux ovaires, l'un à pédicule tordu (Congrès national, rapp. *in* Ann. gyn., 1904).

Sanson. — Torsion du pédicule des tumeurs liquides de l'ovaire (Thèse Paris, 1905).

Albertin. — Lyon médical, 1905.

Rioms. — Torsion du pédicule des kystes para-ovariens (Thèse Bordeaux, 1906).

Chaput. — Revue de gyn. et chir. abdom., 1906.

Olivier Lenoir. — Comm. à la Soc. de l'internat, rapp. *in* Ann. gyn. et obst., 1906.

Tardif. — Des complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse (Thèse Paris, 1906).

Massabuau. — Montpellier médical, 1907, n° 16.

Morestin. — Kyste de l'ovaire et grossesse (Soc. de chirurgie, 24 juillet 1907., rapp. *in* Ann. gyn., 1907).

Goldschmann. — Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire à pédicule tordu (Thèse Paris, 1909).

Soubeyran et Rives. — Montpellier médical, n° 17, 1911.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 27 juin 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 juin 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!